

استمارة الحصول على المساعدة الغذائية (CALFRESH) والمساعدة النقدية (CASH AID) و/أو

برامج الرعاية الطبية/MEDI-CAL/الرعاية الصحية (HEALTH CARE)

إذا كنت تعاني من إعاقة أو تحتاج إلى مساعدة في ملء هذه الاستمارة، أخبر إدارة الرعاية التابعة للضمان (المقاطعة) وسيتقدم شخص ما لمساعدتك. إذا كنت تفضل الحديث أو القراءة أو الكتابة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، فستوفر لك المقاطعة شخصاً ما لمساعدتك بدون أي تكلفة من جانبك.

كيف يمكنني التقديم؟

استخدم هذه الاستمارة إذا كنت متقدماً للحصول على المساعدة الغذائية (CalFresh)، المساعدة النقدية (CASH AID) (فرصة عمل أو المسؤولية عن الأطفال أو المساعدة النقدية للاجئين المقدمة من ولاية كاليفورنيا)، الرعاية الطبية (Medi-Cal) و/أو برامج الرعاية الصحية (HEALTH CARE) الأخرى. إذا أردت التقدم لبرنامج CalFresh فقط، يمكنك أن تطلب من المقاطعة الحصول على استمارة المساعدة الغذائية CalFresh فقط. CalFresh هو برنامج مساعدات غذائية لمساعدتك في تكلفة شراء الغذاء لأسرتك. إذا أردت التقدم لبرنامج الرعاية الصحية (HEALTH CARE) فقط، يمكنك أن تطلب من المقاطعة الحصول على استمارة رعاية صحية (HEALTH CARE) فقط. تشمل الرعاية الصحية: تشمل الرعاية الصحية (HEALTH CARE): تأمين منخفض التكلفة لبرنامج Medi-Cal؛ تأمين صحي خاص بأسعار في المتناول؛ أو انتماء ضريبي يمكنه أن يساعدك على دفع أقساط التأمين الخاصة بك لتغطية التكاليف الصحية. لا تستخدم هذه الاستمارة إذا كنت متقدماً للرعاية الصحية (HEALTH CARE) فقط.

يمكنك أيضاً التقدم لهذه البرامج عبر الإنترنت عن طريق هذا الرابط <http://www.benefitscal.org>.

- قم بملء استمارة الطلب كاملة، إذا استطعت. يجب عليك على الأقل إعطاء المقاطعة اسمك وعنوانك وتوقيعك (السؤال 1 في الصفحة 1 من هذه الاستمارة) للبدء في التعامل مع الاستمارة للحصول على المساعدة الغذائية CalFresh. للحصول على المساعدة النقدية (CASH AID) يجب عليك ملء السؤال 1 إلى 5 في الصفحات 1 و 2 من هذه الاستمارة والتوقيع عليها للبدء في التعامل مع الاستمارة.
- كل سؤال له رمز (يظهر في أعلى هذه الصفحة) لتوضيح أي أسئلة تخص أي برامج. يُرمز للمساعدة النقدية (CASH AID) بعلامة الدولار؛ وللمساعدة الغذائية (CalFresh) بعربة تسوق؛ وللتغطية الصحية (HEALTH COVERAGE) بعربة اسعاف. على سبيل المثال، إذا لم تكن متقدماً للمساعدة النقدية (CASH AID)، لا حاجة لك في إجابة الأسئلة التي عليها رمز الدولار فقط.
- قم بإعطاء الاستمارة للمقاطعة شخصياً عن طريق البريد أو الفاكس أو عبر الإنترنت.
- وفي اليوم الذي تتلقى فيه المقاطعة الاستمارة التي قمت بالتوقيع عليها يبدأ احتساب وقت الرد عليك عما إذا كان يمكنك الحصول على الإعانات. إذا كنت داخل مؤسسة، يبدأ هذا الوقت من يوم مغادرتك.

ماذا على فعله بعد ذلك؟

- اقرأ حقوقك ومسؤولياتك (صفحات قواعد البرنامج) قبل التوقيع على الاستمارة.
- يجب أن تحضر مقابلة مع المقاطعة لمناقشة الاستمارة الخاصة بك. إذا كنت تعاني من إعاقة، يمكن إجراء ترتيبات أخرى.
- إذا لم تقم بملء الاستمارة كاملة، يمكنك تكملتها أثناء المقابلة.
- ستحتاج تقديم إثبات عن دخلك ونفقاتك والظروف الأخرى لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً.

كم من الوقت سيستغرق الأمر؟

قد يستغرق الأمر حتى 30 يوماً للتعامل مع استمارتك للحصول على المساعدة الغذائية CalFresh. وبالنسبة للمساعدة النقدية (CASH AID) والرعاية الطبية (Medi-Cal)، قد يستغرق الأمر حتى 45 يوماً. اسأل المقاطعة عن كيفية حصولك على الإعانات والرعاية الصحية على الفور إذا كان لديك حالة طارئة.

قد يمكنك الحصول على إعانات المساعدة الغذائية (CalFresh) في غضون 3 أيام تقويمية إذا:

- إذا كان إجمالي الدخل الشهري لأسرتك (الدخل قبل الاستقطاعات) أقل من \$ 150 أو أن المبلغ الذي تملكه في يدك أو في الحسابات الجارية أو حسابات الادخار أقل من \$ 100؛ أو
- تكاليف سكن أسرتك (الإيجار/الرهن العقاري والمرافق) أكثر من إجمالي دخلك الشهري والمبلغ الذي في الحسابات الجارية أو حسابات الادخار الخاصة بك؛ أو
- أسرتك مهاجرة أو أنك عامل موسمي وما تملكه في حساباتك الجارية أو حسابات الادخار الخاصة بك أقل من \$ 100 و (1) دخلك قد توقف، أو (2) بدأ دخلك ولكنك لا تتوقع الحصول على أكثر من \$ 25 في 10 أيام القادمة.

وبالنسبة للمساعدة النقدية (CASH AID)، يمكنك الحصول على مساعدة فورية إذا:

- إذا كنت بلا مأوى أو لديك إخطار بالإخلاء أو إخطار بدفع الإيجار أو النقل؛ أو
- سينفذ طعامك في غضون ثلاثة أيام؛ أو
- المرافق الخاصة بك تم أو سيتم إيقافها؛ أو
- ليس لديك ملابس أو حفاظات كافية؛ أو
- لديك حالة طارئة من نوع آخر تحتاج للصحة والأمان.

صفحة المعلومات - يرجى أخذها والاحتفاظ بها في سجلاتك.

لمساعدة المقاطعة على معرفة ما إذا كنت تستطيع الحصول على الإعانات بطريقة أسرع، يُرجى تكملة الأسئلة 1 و6 إلى 9 و15 و24 وقدم للمقاطعة إثباتاً على هويتك (إذا كان لديك) مع الاستمارة.

سوف ترسل لك المقاطعة خطاباً لتخبرك إذا تمت الموافقة على حصول أسرتك على الإعانات التي تقدمت لها أم تم رفضها.

ماذا أحتاج للمقابلة الخاصة بي؟

لتجنب أي تأخير، احضر إثباتاً للبيانات التالية معك للمقابلة. حافظ على المقابلة الخاصة بك حتى إذا لم يكن معك الإثبات. قد تستطيع المقاطعة المساعدة إذا أردت الحصول على إثبات. أثناء المقابلة، ستنقل المقاطعة عبر المعلومات الواردة في الاستمارة وسوف تسألك بعض الأسئلة لمعرفة إذا كان يمكنك الحصول على الإعانات ومعرفة قدر الإعانات التي يمكنك الحصول عليها.

الإثبات المطلوب للحصول على الإعانات

- إثبات هوية (رخصة قيادة أو بطاقة هوية المقاطعة أو جواز سفر).
- شهادة ميلاد لكل الأشخاص المتقدمين للحصول على المساعدة النقدية (CASH AID).
- إثبات لمكان إقامتك (عقد إيجار، فاتورة حالية للعنوان المدرج).
- أرقام الضمان الاجتماعي لكل الأشخاص المتقدمين للحصول على المساعدة (انظر الملاحظة أدناه حول بعض غير المواطنين).
- المبلغ المودع في البنك لكل أفراد أسرتك (كشوف الحسابات المصرفية الأخيرة).
- الدخل المكتسب لجميع أفراد أسرتك لأخر 30 يوماً (كعوب قسائم الدفع الأخيرة، بيان عمل من صاحب العمل). **ملاحظة:** إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، الدخل والمصروفات وسجلات الضريبة.
- دخل غير مكتسب (إعانات بطالة، SSI، الضمان الاجتماعي، استحقاقات المحاربين القدامى، دعم الأطفال، تعويض العمال، منح أو قروض دراسية، إيراد الإيجار، إلخ).
- وضع الهجرة الشرعية فقط لغير المواطنين القانونيين المتقدمين للحصول على إعانات (بطاقة تسجيل الأجنبي، تأشيرة).
- **ملاحظة:** بعض غير المواطنين المتقدمين للحصول على وضع الهجرة وفقاً للعنف الأسري أو مقاضاة جريمة أو الإتجار قد لا يحتاجون إلى هذا الإثبات. قد لا يحتاجون أيضاً إلى رقم الضمان الاجتماعي.

الإثبات اللازم للحصول على المزيد من إعانات CalFresh

- تكاليف السكن (إيصالات الإيجار، فواتير الرهن العقاري، فاتورة ضريبة الأملاك، وثائق التأمين).
- تكاليف الهاتف والمرافق.
- النفقات الطبية لأي فرد من أسرتك يعاني من إعاقة أو كبير في السن (60 فما فوق).
- نفقات رعاية الأطفال أو البالغين وفقاً لشخص يعمل، أو يبحث عن عمل، أو يحضر تدريباً أو مدرسة، أو يشارك في نشاط يتطلبه العمل.
- دعم الطفل المدفوع من قبل شخص في أسرتك.

الإثبات الإضافي المطلوب للحصول على التغطية الصحية (HEALTH COVERAGE)

- معلومات عن أي تأمين صحي متعلق بالوظيفة لأي من عائلتك.
- أرقام البوليصة لأي تأمين صحي حالي.

الإثبات الإضافي المطلوب للحصول على المساعدة النقدية (Cash Aid)

- إثبات الحصول على التطعيمات للأطفال الذين يبلغون ست سنوات أو أقل.
- تسجيل المركبات التي تملكها أنت أو أي شخص من المتقدمين.

ماذا لو كنت بلا مأوى؟

يرجى إخبار المقاطعة على الفور إذا كنت بلا مأوى ولتتمكن من مساعدتك على معرفة عنواً لاستخدامه وقبول استمارتك والحصول على إخطارات من المقاطعة فيما يخص حالتك. بالنسبة لبرنامج المساعدة الغذائية (CalFresh) والمساعدة النقدية (CASH AID)، فإن بلا مأوى تعني:

- A. البقاء في مأوى خاضع للإشراف أو منزل في منتصف الطريق أو مكان مشابه.
- B. البقاء في منزل شخص أو عائلة أخرى لمدة لا تزيد عن 90 يوماً متواصلاً.
- C. النوم في مكان غير مصمم للنوم أو لا يستخدم عادة لذلك (الرواق، محطة للحافلات، ردهة أو أماكن مشابه).

صفحة المعلومات - يرجى أخذها والاحتفاظ بها في سجلاتك.

ينبغي لك القيام بـ:

- تقديم جميع المعلومات المطلوبة لتحديد استحقاقك للمقاطعة.
- تقديم الإثباتات الخاصة بالمعلومات المقدمة للمقاطعة عند الحاجة لذلك.
- الإبلاغ عن التغييرات على النحو المطلوب. سوف تعطيك المقاطعة معلومات عن ماهية المعلومات المطلوب الإبلاغ عنها وموعد الإبلاغ وكيفية. بالنسبة لبرنامج Cal-Fresh (Fresh) والإعانة النقدية، في حالة عدم الوفاء بمتطلبات الإبلاغ عن المعلومات المنزلية، فقد يغلق الملف الخاص بك أو تخفض مزاياك أو توقف.
- ابحث عن وظيفة وأعمل واستمر بالعمل بها أو شارك في الأنشطة الأخرى إذا أخبرتك المقاطعة أن هذا الأمر مطلوب لحالتك.
- أبدأ تعاوناً كاملاً مع العاملين بالمقاطعة، أو الولاية، أو الموظفين الفيدراليين في حالة خضوع حالتك للمراجعة أو الفحص للتأكد من استحقاقك وأن مستوى المزايا المخص جري رصده بشكل صحيح. بنجم عن العجز عن التعاون في هذه المراجعات خسارة مزاياك.
- رد أي إعانة نقدية أو مزايا خاصة ببرنامج CalFresh التي لم تكن مستحقاً للحصول عليها.

يحق لك أن:

- تقديم نموذج طلب لبرنامج CalFresh يحتوي على اسمك وعنوانك وتوقيعك فقط.
- الحصول على مترجم فوري من قبل الولاية دون تكلفة في حالة حاجتك لمترجم.
- الإبقاء على المعلومات الممنوحة للمقاطعة تحت إبطار السرية ما لم تتصل بإدارة برامج المقاطعة مباشرة.
- سحب نموذج طلبك في أي وقت قبل أن تقرر المقاطعة استحقاقك.
- طلب المساعدة في تعبئة نموذج الطلب أو في الحصول على ما يثبت أنك في حاجة وحصلت على شرح للقواعد.
- تُعامل بلطف ومراعاة واحترام وألا يمارس ضدك أي تمييز.
- الحصول على مزايا CalFresh في غضون 3 أيام في حالة تقدمك بالطلب إلى الخدمة العاجلة.
- الحصول على الإعانة النقدية في غضون يوم واحد في حالة تقدمك لبرنامج الحاجة الفورية.
- مقابلة أحد المسؤولين بالمقاطعة لمدة معقولة من الوقت عند تقدمك بنموذج الطلب وأن يجري تقرير استحقاقك في غضون 30 يوماً بالنسبة لبرنامج CalFresh أو 45 يوماً بالنسبة للإعانة النقدية وبرنامج ميدي-كال (Medi-Cal).
- الحصول على مهلة 10 أيام على الأقل لتقديم الإثباتات اللازمة للمقاطعة لتقرير استحقاقك.
- استلام إخطار كتابي قبل 10 أيام على الأقل من تخفيض المقاطعة لمزايا برنامج CalFresh أو الإعانة النقدية أو إيقافها.
- مناقشة حالتك مع المقاطعة ومراجعتها عند طلبك لذلك.
- طلب جلسة استماع بالولاية في غضون 90 يوماً في حالة عدم موافقة المقاطعة على حالتك. في حالة طلبك لعقد جلسة استماع قبل تطبيق أي إجراء على حالتك، سوف تظل مزاياك كما هي حتى موعد جلسة الاستماع أو نهاية فترة مصادقتك أيهما يحدث أولاً. يمكنك أن تطلب من المقاطعة تغيير مزاياك إلى ما بعد جلسة الاستماع لتجنب إعادة سداد أية مزايا زائدة. في حالة حكم قاضي القانون الإداري لصالحك، سوف تسدد المقاطعة لك أية مزايا مخصومة.
- أسأل عن حقوقك الخاصة بجلسة الاستماع أو أطلب إحالتك للاستشارات القانونية على أرقام الهاتف المجانية – 1-800-952-5253 أو الرقم المجاني الآتي لمن يعانون من إعاقة في السمع أو التحدث باستخدام جهاز الاتصال الهاتفي للصم 1-800-952-8349 (TDD). يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية في مكتب المعونة القانونية المحلي أو مكتب الحقوق الإجتماعية.
- إحضار صديق أو شخص معك إلى جلسة الاستماع في حالة عدم رغبتك في الحضور بمفردك.
- الحصول على مساعدة من المقاطعة في التسجيل للتصويت.
- الإبلاغ عن التغييرات غير المطلوب الإبلاغ عنها في حالة احتمالية زيادة مزاياك من برنامج CalFresh أو الإعانة النقدية بموجبها.
- تقديم ما يثبت مصروفاتك المنزلية مما قد يساعدك على زيادة مزاياك من برنامج CalFresh. يعني عدم تقديم الإثبات للمقاطعة أنك لا تملك هذه المصروفات ومن ثم لن يمكنك زيادة مزاياك من برنامج CalFresh للحصول على مزيد من المزايا.
- إخبار المقاطعة إذا ما كنت تفضل أن يستخدم شخص آخر مزاياك من برنامج CalFresh لمنزلك أو لمساعدتك في حالتك في برنامج CalFresh (ممثل مفوض).
- يحق لك أيضاً طلب الدعم الطبي والحصول عليه من شركة ميدي-كال من جانب الزوج أو أحد الأبوين. في حالة ظنك أن التعاون للحصول على الدعم الطبي سوف يؤديك أو يؤدي أطفالك، يمكنك أن تخطر شركة ميدي-كال ويحق لك عدم التعاون.

يرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

قواعد البرنامج وعقوباته

يعد كل من تقديم معلومات خاطئة أو مزيفة، أو عدم تقديم معلومات كاملة في محاولة للحصول على مزايا CalFresh أو الإعانة النقدية أو مزايا ميدي-كال التي تكون غير مستحق للحصول عليها، أو مساعدة شخص آخر في الحصول على مزايا لا يحق له الحصول عليها جريمة. وينبغي لك أن تسدد أية مزايا حصلت عليها أنت غير مستحق لها. في حالة القيام بأي من هذه الأعمال للحصول على مستحقات تزيد عن \$ 950 وأنت غير مستحق لذلك، فقد تتهم في جنائية.

<p>سوف يؤدي ذلك إلى ...</p> <ul style="list-style-type: none"> فقد مزايا CalFresh لمدة 12 شهرًا عند أول مخالفة وسيكون لازمًا عليّ أن أسدد مزايا CalFresh الزائدة المحصلة من قبلي فقد مزايا CalFresh لمدة 24 شهرًا عند ثاني مخالفة وسيكون لازمًا عليّ أن أسدد مزايا CalFresh الزائدة المحصلة من قبلي فقد مزايا CalFresh بشكل دائم عند ثالث مخالفة وسيكون لازمًا عليّ أن أسدد مزايا CalFresh الزائدة المُحصلة من قبلي دفع غرامة حتى مبلغ \$ 250000، أو السجن حتى 20 عامًا أو كليهما 	<p>بالنسبة لبرنامج CalFresh: أعلم أنه في حالة اقترافي لخرق متعمد لقواعد البرنامج بقيامي بأي من الأعمال الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> إخفاء معلومات أو تقديم معلومات كاذبة استخدام بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية (EBT) التي تخص شخص آخر أو السماح لشخص آخر باستخدام بطاقتي استخدام مزايا CalFresh في شراء الخمر أو التبغ الإتجار في أو بيع أو التنازل عن مزايا CalFresh أو بطاقات تحويل المزايا الإلكترونية
<ul style="list-style-type: none"> فقد مزايا CalFresh لمدة 24 شهرًا عند المخالفة الأولى فقد مزايا CalFresh بشكل دائم عند المخالفة الثانية. 	<ul style="list-style-type: none"> استبدال مزايا CalFresh بالمواد الممنوع الإتجار فيها مثل المخدرات
<ul style="list-style-type: none"> فقد مزايا CalFresh لمدة 10 أعوام عند كل مخالفة 	<ul style="list-style-type: none"> إعطاء معلومات مزيفة عن ماهيتي ومكان سكني حتى أحصل على مزايا إضافية من CalFresh
<ul style="list-style-type: none"> فقد مزايا CalFresh للأبد 	<ul style="list-style-type: none"> الإدانة بالإتجار في أو بيع مزايا CalFresh التي تزيد قيمتها عن \$ 500 أو استبدال مزايا CalFresh بالأسلحة النارية أو الذخيرة الحربية أو المتفجرات
<p>سوف يؤدي ذلك إلى ...</p> <ul style="list-style-type: none"> فقد معونتي النقدية دفع غرامة حتى مبلغ \$ 10000 و/أو السجن/الحبس لمدة 5 أعوام فقد الإعانة النقدية لمدة 6 أشهر، أو 12 شهرًا، أو 2 أعوام، أو 4 أعوام، أو 5 أعوام، أو إلى الأبد. 	<p>بالنسبة للإعانة النقدية أعلم أنه في حالة ...</p> <ul style="list-style-type: none"> إتهامي في خرق متعمد للبرنامج عدم إتباع قواعد الإعانة النقدية إدانتني من قبل محكمة قانونية أو في جلسة استماع إدارية بارتكاب أعمال احتيالية معينة

معلومات مهمة لغير المواطنين

- يمكنك التقدم والحصول على مزايا CalFresh أو الإعانة النقدية بالنسبة للأشخاص المستحقين حتى وإن احتوت أسرتك على أشخاص آخرين غير مستحقين. على سبيل المثال، يجوز لوالدين وافرين التقدم بطلب الحصول على مزايا CalFresh أو الإعانة النقدية لابنهما المواطن الأمريكي أو الوافد المستحق لذلك حتى وإن كان الوالدين غير مستحقين للحصول عليها.
- الحصول على مزايا غذائية لن يؤثر على وضع الهجرة الخاص بك أو بأسرتك. معلومات الهجرة خاصة وسرية.
- سوف يتم فحص وضع الهجرة لغير المواطنين المستحقين الذي تقدموا بطلب المزايا مع مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة (USCIS). ينص القانون الفيدرالي على أن مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة لا يحق له استخدام المعلومات في أي حالة دون حالات الاحتيال.

الانسحاب

لا ينبغي لك تقديم معلومات الهجرة أو أرقام الضمان الاجتماعي أو المستندات الخاصة بأي فرد غير مواطن من أفراد الأسرة وهو لم يتقدم بطلب الحصول على المزايا. ستحتاج المقاطعة لمعرفة معلومات عن قيمة دخلهم ومصدره لتحديد مزاياك المنزلية بشكل صحيح. لن تتواصل الشركة مع مكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة بشأن الأفراد الذين لما يتقدموا بطلب للمزايا.

استخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN)

CalFresh والإعانة النقدية: على كل فرد يتقدم بطلب مزايا CalFresh أو الإعانة النقدية بذكر رقم ضمانه الاجتماعي في حالة كان لديك رقمًا أو لديك إثبات على تقدمك بطلب واحداً. (مثل خطاب مرسل من مكتب الضمان الاجتماعي). يمكن أن يجري رفض طلبك أو أي فرد من الأسرة ممن لا يملكون رقم ضمان اجتماعي. يجوز لبعض الأشخاص عدم تقديم رقم ضمانهم الاجتماعي للحصول على المساعدة مثل ضحايا العنف المنزلي وشهود الإثبات على الجرائم وضحايا الإتجار. برنامج الغطاء الصحي/ميدي-كال: تكون في حاجة لرقم الضمان الاجتماعي في حالة رغبتك في الحصول على غطاء صحي ولديك رقم ضمان اجتماعي. قد يكون من المفيد أن تقدم رقم ضمانك الاجتماعي إن كنت لا ترغب في الغطاء الصحي أيضًا إذ يساعد في عملية معالجة نموذج الطلب. نستخدم رقم الضمان الاجتماعي في التحقق من الدخل والمعلومات الأخرى لمعرفة الأشخاص المستحقين للمساعدة في تكلفة الغطاء الصحي. في حالة رغب أحد الأشخاص في المساعدة للحصول على رقم ضمان اجتماعي، اتصل على 1-800-772-1213 أو زر الموقع الإلكتروني: www.socialsecurity.gov

الإصدار الزائد للمزايا

يعني هذا الأمر أنك حصلت على مزايا برنامج CalFresh أكثر مما تستحق. وسيكون لزامًا عليك إعادة هذه المزايا الزائدة في حالة وقوع خطأ من جانب المقاطعة أو لم تكن الزيادة متعمدة. قد تُخصّص مزاياك أو توقف. قد يُستخدم رقم ضمانك الاجتماعي لتخصيص قيمة المزايا التي تدين بها للمقاطعة، أو من خلال المحاكم، أو هيئات التحصيل الأخرى أو إجراءات الحكومة الفيدرالية للتخصيص.

يُرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

السداد الزائد للإعانة

يعني هذا الأمر أنك حصلت على مزايا الإعانة النقدية مما تستحق. ومثلما هو مقرر بالنسبة لمزايا برنامج CalFresh، سيكون لزاماً عليك إعادة هذه المزايا الزائدة في حالة وقوع خطأ من جانب المقاطعة أو لم تكن الزيادة متعمدة. قد تخفض الإعانة النقدية الخاصة بك أو توقف. قد يُستخدم رقم ضمانك الاجتماعي لتحصيل قيمة المزايا التي تدين بها للمقاطعة، أو من خلال المحاكم، أو هيئات التحصيل الأخرى أو إجراءات الحكومة الفيدرالية للتحصيل.

الإبلاغ

يجب أن تبلغ كل أسرة تحصل على المزايا على تغييرات معينة. ستبلغك المقاطعة التي تتبعها بالتغييرات الواجب الإبلاغ عنها وكيفية الإبلاغ وموعده. قد ينجم عن الإخفاق في الإبلاغ عن التغييرات تخفيض أو إيقاف لمزاياك. يمكنك أيضاً أن تبلغ عن التغييرات التي قد تؤدي إلى زيادة مزاياك مثل حصولك لدخل أقل.

جلسات الاستماع بالولاية

يحق لك طلب جلسة استماع في حالة عدم موافقتك على الإجراءات المتخذ بخصوص نموذج الطلب الخاص بك أو بخصوص مزاياك الجارية. يمكنك أن تطلب عقد جلسة استماع بالولاية في غضون 90 يوماً من تاريخ إتخاذ إجراء من قبل المقاطعة وينبغي ذكر سبب طلب عقد جلسة. سيضمن إخطار الموافقة أو الرفض المستلم من المقاطعة معلومات عن طلب الطعن. في حالة طلبك لعقد جلسة قبل تقرير الإجراء، فقد تتمكن من الإبقاء على مزايا CalFresh أو إعانتك النقدية كما هي إلى حين إتخاذ قرار.

قانون الخصوصية والإفصاح

أنت تقدم معلومات شخصية في نموذج الطلب. وتستخدم المقاطعة هذه المعلومات لمعرفة مدى استحقاقك للمزايا. فإذا لم تقدم المعلومات، قد ترفض المقاطعة نموذج الطلب الخاص بك. يحق لك مراجعة، أو تغيير، أو تصحيح أية معلومات قدمتها للمقاطعة. لن تفصح المقاطعة عن معلوماتك أو تعطيها إلى أشخاص آخرين ما لم يمنحها قانون الولاية أو القانون الفيدرالي الحق في ذلك أو في حالة موافقتك على ذلك. تقوم المقاطعة بالتحقق من هذه المعلومات من خلال برامج المطابقة على الحاسب الآلي شاملة نظام التحقق من الدخل والإيرادات (IEVS). سوف تستخدم هذه المعلومات لمراقبة الامتثال بقواعد البرنامج وإدارته. قد تشارك المقاطعة هذه المعلومات مع الهيئات الأخرى بالولاية أو مثيلتها الفيدرالية من أجل التحقق الرسمي مع المسؤولين عن تطبيق القانون لأغراض القبض على الأشخاص الهاربين من القانون إضافة إلى هيئات تحصيل المطالبات بالنسبة لإجراءات تحصيل المطالبات. قد تتحقق المقاطعة من حالة الهجرة لأعضاء أسرة تقدمت بطلب المزايا عن طريق الاتصال بمكتب خدمات الجنسية الأمريكية والهجرة. قد تؤثر المعلومات التي تحصل عليها المقاطعة من هذه الهيئات على أهليتك ومستوى المزايا.

سوف تستخدم المقاطعة المعلومات الواردة في نموذج طلبك للتحقق من استحقاقك للحصول على المساعدة في سداد الغطاء الصحي. سوف تفحص المقاطعة إجاباتك باستخدام المعلومات المسجلة لدى قواعد البيانات الإلكترونية بالولاية ومثيلتها الفيدرالية إضافة إلى قواعد بيانات كل من خدمات الإيرادات الداخلية (IRS)، و/أو إدارة الضمان الاجتماعي، و/أو وزارة الأمن الوطني و/أو هيئة بلاغات المستهلكين. وفي حالة عدم تطابق المعلومات، ستطلب من المقاطعة إرسال إثبات.

عدم التمييز

تنص سياسة الولاية والمقاطعة على المساواة بين جميع الأفراد ومعاملتهم باحترام وكرامة. ووفقاً للقانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة الأمريكية يُحظر تماماً التمييز على أساس العرق أو اللون أو الموطن الأصلي أو الجنس أو العمر أو الدين أو المعتقدات السياسية أو الإعاقة.

لتقديم طلب ضد التمييز، يمكنك الاتصال بمنسق الحقوق المدنية لدى المقاطعة أو مراسلة أو الاتصال بوزارة الزراعة الأمريكية أو وزارة الخدمات الاجتماعية بكاليفورنيا (CDSS):

CDSS
Civil Rights Bureau
P.O. BOX 944243, M.S. 8-16-70
Sacramento, CA 94244-2430
(رقم مجاني) 1-866-741-6241

USDA, Director
Office of Civil Rights, Room 326-W
Whitten Building
1400 Independence Ave.
Washington D.C. 20250-9410
1-202-720-5964 (للاتصال الهاتفي وجهاز الاتصال الهاتفي للصم)

إن وزارة الزراعة الأمريكية صاحب عمل ملتزم بتكافؤ الفرص.

قواعد العمل لبرنامج CalFresh

قد تعينك المقاطعة للعمل في البرنامج. وسوف تخطرك المقاطعة إذا كان العمل في البرنامج تطوعي أو إلزامي. فإن كان العمل إلزامي ولم تقم به، فقد يتم تخفيض مزاياك أو إيقافها.

قد تكون غير مستحق لبرنامج CalFresh في حالة استئانك من وظيفة مؤخرًا.

يُرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

قواعد العمل في برنامج كالوركس (CalWORKs) (رفاهية - العمل) (Welfare-to-Work)

في حالة حصولك على إعانة نقدية، عليك المشاركة في برنامج رفاهية العمل (Welfare-to-Work) ما لم تكن معفيًا. سوف تخطر المقاطعة إذا ما كنت معفيًا من المشاركة في برنامج رفاهية العمل. في حالة عدم قيامك بالعمل الموكل إليك سوف يجري تخفيض الإعانة النقدية أو إيقافها.

كالوركس - أخذ البصمات/ التصوير

يلزم أخذ بصمات/ تصوير جميع أعضاء الأسرة البالغين المستحقين للإعانة النقدية. في حالة عدم أخذ بصمات/ تصوير أي شخص ينبغي له الإلتزام بهذه القواعد، فلن يجري إصدار أية مزايا إلى الأسرة بأكملها. تكون البصمات/ الصور سرية وتستخدم فقط لمنع أو ملاحقة الاحتيال المالي.

كيف أحصل على/ استفيد من مزاياي؟

CalFresh والإعانة النقدية:

- سوف ترسل المقاطعة لك خطابًا أو تعطيك بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية. سوف يتم تسجيل المزايا المستحقة لك على البطاقة عند مصادقة نموذج الطلب الخاص بك. وقع على البطاقة عند استلامها. حدد رقم تعريف شخصي للحصول على الأموال النقدية من ماكينات الصراف الآلي أو لشراء الطعام و/أو الأمور الأخرى.
- في حالة فقد بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية أو سرقتها أو تلفها أو اعتقادك بمعرفة أحد الأشخاص برقم التعريف الشخصي الخاص بك الذي لا ترغب في استخدامه للحصول على مزاياك اتصل بـ 328-9677 (877) أو اتصل بالمقاطعة مباشرة لتقديم بلاغ بالحالة وتغيير رقم التعريف الشخصي الخاص بك. تأكد من أن جميع الأشخاص البالغين المسؤولين وممتلك المفوض يعلمون هم أيضًا كيفية تقديم بلاغ عن هذه المشكلات مباشرة. لن يجري استبدال أية مزايا مسحوبة من حسابك قبل الإبلاغ عن فقد أو سرقة بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية أو رقم التعريف الشخصي.
- يمكنك أن تستخدم مزايا CalFresh لشراء معظم الأطعمة والحبوب والنباتات لزراعة مأكولاتك. غير مسموح بشراء الخمر والتبغ وأطعمة الحيوانات الأليفة وبعض أنواع الطعام المطهو أو أي شيء لا تندرج تحت بنك الأغذية (مثل معجون الأسنان أو الصابون أو المناديل الورقية).
- تُقبل مزايا CalFresh في أغلبية محلات البقالة والأماكن الأخرى التي تبيع الأطعمة. يمكنك الحصول على الإعانة النقدية من معظم المحلات وماكينات الصراف الآلي. قد تُخصم بعض ماكينات الصراف الآلي رسومًا. قد تُخصم منك رسومًا أيضًا في حالة استخدام ماكينة صراف آلي للحصول على أموال نقدية بعد السحب ثلاث مرات. للإطلاع على قائمة الأماكن التي تقبل بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني: <https://www.ebt.ca.gov> أو <https://www.snapfresh.org> ويمكنك أيضًا معرفة أماكن تحصيل الأموال النقدية دون دفع رسوم.
- يقتصر استخدام مزايا CalFresh عليك أنت وأعضاء أسرتك فقط. يقتصر استخدام الإعانة النقدية عليك أنت وعلى أعضاء أسرتك المعتمدين للحصول على الإعانة النقدية فقط. تصرف الإعانة النقدية لمساعدتك في تلبية الاحتياجات الأساسية لأسرتك (السكن، الطعام، الملابس، وغيرها). حافظ على مزاياك. لا تعطي رقم التعريف الشخصي الخاص بك لأحد لا تحتفظ برقم التعريف الشخصي مع بطاقة تحويل المزايا الإلكترونية.
- سوف يعد أي استخدام لبطاقة تحويل المزايا الإلكترونية من قبلك أو من قبل أحد أعضاء أسرتك أو ممثل المفوض أو أي شخص آخر قمت طواعية بإعطاءه بطاقتك ورقم تعريفك الشخصي تم بموافقتك ولن يجري استبدال المزايا المسحوبة من حسابك.

ميدي-كال والعناية الصحية:

- بالنسبة لبرنامج ميدي-كال، سوف تحصل على بطاقة مزايا تعريفية (BIC).
- وقع على بطاقة المزايا التعريفية عند استلامها واستخدمها عند احتياجك لخدمات العناية الصحية فقط.
- لا تتخلص من بطاقة المزايا التعريفية أبدًا (ما لم تحصل على بطاقة جديدة). عليك الاحتفاظ ببطاقة المزايا التعريفية حتى وإن توقفت عن استخدام برنامج ميدي-كال.
- يمكنك استخدام نفس البطاقة في حالة حصولك على إعانة نقدية أو استخدام برنامج ميدي-كال ثانية.
- خذ بطاقة المزايا التعريفية إلى مزود الخدمات الطبية عند مرضك أنت أو أحد أفراد أسرتك أو عند زيارتك للطبيب.
- خذ بطاقة المزايا التعريفية إلى مزود الخدمات الطبية الذي عالجك أنت أو أحد أفراد أسرتك في حالات الطوارئ في أقرب وقت ممكن بعد حالة الطوارئ.
- بالنسبة لبرامج العناية الصحية الأخرى سوف تستلم بطاقة برنامج صحي من شركة التأمين الخاصة بك.

يُرجى الاستلام والحفظ في سجلاتكم

يُرجى استخدام الحبر الأسود أو الأزرق لأنه يسهل عملية القراءة والنسخ بشكل أفضل. يُرجى طباعة إجاباتك. إذا كنت تحتاج إلى مساحة أكبر لإجابة أسئلتك، قم بإرفاق بضعة أوراق لتقديم المعلومات. ويُرجى التأكد من تحديد السؤال الذي تكتب عنه في الأوراق الإضافية.

1. المعلومات الخاصة بالمتقدم بالطلب

رقم التأمين الاجتماعي (إذا كان لديك واحداً وتقدم للحصول على المزايا)		الاسم (الأول، الأوسط، الأخير)		الاسماء الأخرى (اعزب، الألقاب، وهكذا)	
عنوان المنزل أو الاتجاهات التي تؤدي إلى منزلك	المنطقة #	المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عما سبق)	المنطقة #	المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي
أريد الحصول على معلومات بشأن هذا الطلب عبر البريد الإلكتروني. نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أريد الحصول على رسائل بشأن حالتي عبر البريد الإلكتروني. نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>				
الهاتف المنزلي	هاتف العمل/هاتف بديل	عنوان البريد الإلكتروني			

ما هي البرامج التي تتقدم للحصول عليها؟ CalFresh المساعدة النقدية التغطية الصحية

هل أنت مشرد؟ نعم لا إذا كانت إجابتك نعم، فإنه يُرجى إخطار المقاطعة التي تتبع لها على الفور وبالتالي يمكنهم مساعدتك اكتب عنواناً لاستخدامه لقبول طلبك والحصول على إخطارات من المقاطعة بشأن حالتك.

ما هي اللغة التي تفضل قراءتها (إن لم تكن الإنجليزية)؟ _____
 ما هي اللغة التي تفضل التحدث بها (إن لم تكن الإنجليزية)؟ _____

ستوفر المقاطعة مترجماً لك دون أي تكلفة. وحال كنت أصمًا أو تسمع بصعوبة، فيُرجى التحديد هنا

هل إجمالي دخل الأسرة أقل من \$ 150 والنقد الحاضر وحسابات الشيكات والإدخار \$ 100 أو أقل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل توقفت الخدمات الخاصة بك أو لديك إشعار بالتوقف عن العمل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل السيولة النقدية وإجمالي الدخل المجمع أقل من الخدمات والرهن/التأجير المجمع؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل سيفقد طعامك في غضون 3 أيام أو أقل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل أسرتك من الأسر العاملة في الزراعة الموسمية/غير المستقرة لديها سيولة نقدية لا تتعدى \$ 100؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل تحتاج إلى مساعدة بالموصلات للحصول على الطعام أو الملابس أو الرعاية الطبية أو العناصر الأخرى اللازمة للطوارئ؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل لديك إشعار بالإخلاء أو إشعار بصداد الإيجار أو المغادرة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل تحتاج ملابس ضرورية مثل حفاضات أو ملابس مطلوبة للطقس البارد؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

هل من حوامل؟ نعم لا إذا كانت إجابتك نعم، فهل حصلت على بطاقة الأهلية الافتراضية؟ نعم لا

هل يوجد أي أحد في أسرتك لديه ضرورة شخصية طارئة؟ نعم لا إذا كان جوابك نعم، حدد المربع: الحمل الحاجة الطبية الفورية إساءة معاملة الأطفال سوء المعاملة المنزلية إساءة معاملة المسنين حالات الطوارئ الأخرى التي تهدد الصحة والسلامة. اشرح: _____

أقر بالتوقيع على هذا الطلب بموجب عقوبة الحنث في اليمين (الإدلاء بأقوال كاذبة) بما يلي:

- أنني قرأت المعلومات الواردة في هذا الطلب أو تم قراءتها عليّ وإجاباتي على هذه الأسئلة في هذا الطلب.
- أن أي إجابات أدليت بها من الصفحة 1 وحتى الصفحة 18 والملحقات من أ إلى ج للبرنامج SAWS 2 Plus صحيحة وحيثية وكاملة على حد علمي.
- أنني قرأت الحقوق والمسؤوليات أو تمت قراءتها عليّ وأتفهمها وأوافق عليها (قواعد البرنامج الصفحة 1).
- أنني قرأت قواعد البرنامج والعقوبات أو تمت قراءتها عليّ (قواعد البرنامج الصفحات من 2 - 4).
- أنني أتفهم أن الإدلاء بأقوال مضللة وكاذبة أو تشويه الحقائق أو إخفاؤها أو الامتناع عن قولها لإقرار الأهلية يُعد احتيالياً وأنني قد أخضع للعقوبات بموجب القانون الفدرالي في حال تقديم معلومات غير صحيحة أو زائفة. ويمكن أن يؤدي الاحتيال إلى رفع قضية ضدي و/أو قد يتم منعي لفترة (أو مدى الحياة) من الحصول على إعانات CalFresh لكوبونات الطعام و المساعدات النقدية.
- أنني أتفهم أنه يمكن مشاركة أرقام التأمين الاجتماعي أو حالة الهجرة لأعضاء الأسرة المتقدمة للحصول على الإعانات مع الهيئات الحكومية المناسبة كما هو مطلوب من جانب القانون الفيدرالي.
- أنني أعطي الحق للهيئة Medi-Cal في الحصول على أي أموال من التأمينات الصحية الأخرى أو الحلول القانونية أو الأطراف الخارجية الأخرى.

توقيع المتقدم بالطلب، أحد الأقارب القائم بالرعاية (أو عضو الأسرة البالغ سن الرشد/ ممثل مخول* الوصي)	تاريخ
*إذا كان لديك ممثل مخول، يُرجى إكمال السؤال الثاني في الصفحة التالية.	
توقيع الزوج أو الوالد الآخر أو البالغ المساعد الآخر أو الخيليات المسجلات	تاريخ

2. الممثل المخول للأسرة

يمكنك تحويل شخص ما ما يبلغ من العمر 18 عامًا أو يزيد لمساعدة أسرتك بإعانات برنامج CalFresh. ويمكن لهذا الشخص أيضًا التحدث لك في المقابلة الشخصية ومساعدتك في إكمال استماراتك والتسوق لك وإبلاغك بالتغييرات. يتعين عليك رد كافة الإعانات التي تسلمتها عن طريق الخطأ نتيجة للمعلومات التي قدمها هذا الشخص للمقاطعة وأي إعانات لم ترغب في إنفاقها لن يتم استبدالها. وإذا كنت ممثلًا مخولًا، فإنه يتعين عليك تقديم إثبات الهوية الخاص بك وإثبات الهوية الخاص بالمتقدم بالطلب.

هل تريد تحديد شخص يساعدك في الحصول على مستحقات برنامج CalFresh لكربونات الطعام الخاصة بك؟ نعم لا

إذا كان جوابك نعم، أكمل القسم التالي:

اسم الممثل المخول	رقم هاتف الممثل المخول
هل تريد تحديد شخص يتسلم مستحقات CalFresh وينفقها لأسرتك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا كان جوابك نعم، أكمل القسم التالي:	
الاسم	رقم الهاتف
العنوان	الولاية
	المدينة
	الرمز البريدي

2a. الممثلون المخولون بالحصول على التأمين الصحي

يمكنك إعطاء إذن لشخص موثوق به للتحدث حول تقديمك للحصول على التأمين الاجتماعي والاطلاع على المعلومات الخاصة بك والقيام مقامك في الأشياء المتعلقة بهذا الجزء من التقدم. هل تريد اختيار ممثل مخول لجزء التقدم للحصول على التأمين الصحي؟ نعم لا إذا كان جوابك نعم، املا المعلومات الموجودة في الملحق ج.

3. هل أنت أو أي فرد من عائلتك من مواطني أمريكا والهند والاسكا الأصليين؟ نعم لا إذا كانت إجابتك نعم، يُرجى الانتقال إلى الملحق ب للحصول على الأسئلة الإضافية.

الجنس/العرق

المعلومات المتعلقة بالجنس والعرق اختيارية. ومن المطلوب التأكد من تقديم الإعانات بغض النظر عن العرق أو الجنس أو الانتماء الوطني. علمًا بأن إجابتك لن تؤثر على أهليتك أو قيمة الإعانة. حدد كل ما ينطبق عليك. ينص القانون على أنه يجب على المقاطعة تسجيل جنسك ومجموعتك العرقية.

حدد هذا المربع إذا كنت لا تريد إعطاء المقاطعة معلومات بشأن جنسك وعرقك. وإذا لم تكن متانع، فستقوم المقاطعة بإدخال هذه المعلومات لإحصائيات الحقوق المدنية فقط.

هل أنت من أصل إسباني أو لاتيني؟	إذا كنت من أصل إسباني أو لاتيني، فيل تعتبر نفسك
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	<input type="checkbox"/> بورنوريكوري <input type="checkbox"/> مكسيكي <input type="checkbox"/> كوبي <input type="checkbox"/> غير ذلك

الأصل الجنسي/العرق

أبيض مواطن أمريكي أو هندي أو الاسكي أمريكي من أصل إفريقي غير ذلك أو مختلط

أسويي (عند التحديد، يُرجى تحديد واحد أو أكثر مما يلي):

فلبيني صيني ياباني كمبودي كوري فيتنامي هندي أسويي لاوسى

جنسية أسويية أخرى (يرجى التحديد)

سكان ولاية هاواي أو سكان جزر المحيط الهادئ (عند التحديد، يُرجى تحديد واحد أو أكثر مما يلي): سكان هاواي

جرمانى أو شامورى سامورى

4. تفضيل المقابلة الشخصية

سيتعين عليك إجراء مقابلة شخصية مع ممثلي المقاطعة لمناقشة طلبك واستلام الإعانة النقدية أو مستحقات CalFresh. ويمكن إجراء مقابلات ممثلي برنامج CalFresh دائمًا عبر الهاتف ما لم يمكنك إجراء المقابلة الشخصية عند تقديم الطلب الخاص بك لممثلي المقاطعة بشكل شخصي أو تفضيلها. يجب على المتقدم بطلب للحصول على إعانة نقدية إجراء مقابلة شخصية. في حال التقدم للحصول على برنامج فرص العمل والمسؤولية تجاه الأطفال بولاية كاليفورنيا (CalWORKs) و CalFresh، سيتم إجراء المقابلة الشخصية الخاصة بك مع ممثلي CalFresh في نفس الوقت مع المقابلة الشخصية الخاصة بك مع ممثلي CalWORKs أثناء ساعات العمل الطبيعية.

يُرجى تحديد هذا المربع إذا أردت إجراء مقابلة شخصية للحصول على إعانات برنامج CalFresh.

يُرجى تحديد هذا المربع إذا احتجت إلى بعض الترتيبات الأخرى بسبب الإعاقة.

5. البرامج الأخرى

هل تلقى أي فرد في أسرتك مساعدة عامة (مساعدة مؤقتة للعائلات المحتاجة والمساعدة المؤقتة للعائلات القبلية المحتاجة وبرنامج Medicaid (الرعاية الطبية) وبرنامج المعونة الغذائية التكميلية [طواع المعونة الغذائية]، المساعدة العامة/الإعانة العامة وهكذا؟ نعم لا

في حالة الإجابة بنعم، قل من؟	أين (المقاطعة/الولاية)؟
في حالة الإجابة بنعم، قل من؟	أين (المقاطعة/الولاية)؟

6d. هل كان أي شخص يخدم في الخدمة العسكرية للولايات المتحدة أو هل هو زوج

أو والد أو طفل لشخص كان بالخدمة؟ نعم لا

في حالة الإجابة نعم، يُرعى ملء المعلومات أدناه. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.



الاسم	هل أنت مواطن أمريكي؟	() الحالة	هل حصل على تسريح مشرف؟	تواريخ الخدمة
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الخدمة الفعلية جندي زوج أو والد أو طفل لشخص قيد الخدمة الفعلية أو جندي	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الخدمة الفعلية جندي زوج أو والد أو طفل لشخص قيد الخدمة الفعلية أو جندي	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

6e. معلومات حول غير المواطنين - يُرعى إكمال المعلومات الخاصة بغير المواطنين الذين تتقدم لهم.



الاسم	التاريخ المدخل للولايات المتحدة (إذا كان معروفاً)	هل لذي هذا الشخص حالة هجرة قانونية؟ إذا كانت الإجابة نعم، يُرعى تقديم رقم ومستند الهجرة.	هل هذا الشخص يعيش في الولايات المتحدة الأمريكية بشكل مستمر منذ عام 1996؟	هل هذا الشخص مواطن مجنس؟	كفيل؟ (حدد نعم أو لا) إذا كانت الإجابة نعم، أكمل السؤال 6f
		نوع المستند:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		رقم المستند:			
		نوع المستند:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		رقم المستند:			
		نوع المستند:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		رقم المستند:			

هل يمتلك أي فرد من المدرجين أعلاه 10 سنوات على الأقل من تاريخ العمل (40 ربع سنة)؟

نعم لا

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

هل أي يمتلك أي فرد مدرج أعلاه أو تقدم للحصول على أو هل خطط للحصول على تأشيرة تحمل الحرف T أو الحرف U أو ممارسة العنف ضد المرأة؟ نعم لا

نعم لا

هل قام أي شخص بتغيير حالة الهجرة الخاصة بهم في آخر 12 شهراً؟ في حال كانت الإجابة نعم، يُرعى ملء المعلومات أدناه. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

الاسم	ما الذي تم تغييره؟	تاريخ التغيير	رقم غريب (إن أمكن)



6f. معلومات حول الغرباء المكفولين - يُرجى إكمال المعلومات الخاصة بغير المواطنين الذين تتقدم لهم. هل قام الكفيل بتوقيع 864-1؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على بقية السؤال. إذا قام الكفيل بتوقيع 134-1 تخط هذا السؤال.

هل يساعد الكفيل بالمال بانتظام؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فما مقدار هذا المبلغ؟ \$ _____
هل يساعد الكفيل بانتظام بأي مما يلي (حدد كل ما ينطبق)؟
 إيجار ملابس أطعمة غير ذلك

اسم الكفيل	من هو الشخص المكفول؟	رقم هاتف الكفيل
اسم الكفيل	من هو الشخص المكفول؟	رقم هاتف الكفيل



6g. هل أي شخص مدرج في السؤال 6 تحت سن 21 لديه والد لا يعيش في المنزل؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إدراج اسم الطفل (الأطفال) واسم (أسماء) الوالدين الذين لا يعيشون في المنزل. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.



اسم الطفل	اسم الوالد (الوالدين) الذي لا يعيش في المنزل
اسم الطفل	اسم الوالد (الوالدين) الذي لا يعيش في المنزل



6h. هل يعيش أي فرد في السؤال 6 مع طفل واحد على الأقل تحت سن 19 وهل هو الشخص الأساسي الذي يتولى رعاية الطفل؟

نعم لا إذا كانت الإجابة بلا، فانتقل إلى السؤال التالي. في حالة الإجابة بنعم، قل من؟



6i. هل يعاني أي شخص مدرج هنا في السؤال 6 من إعاقة بدنية أو عقلية أو حسية أو نمائية تتسبب في تقييد الأنشطة (مثل الاستحمام وارتداء الملابس والأعمال الروتينية اليومية)؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى سرد أسماء الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

الاسم: _____ الاسم: _____



6j. أكمل لكل شخص من ذوي الاحتياجات الخاصة المذكور في السؤال 6.

اسم الشخص	هل يحتاج هذا الشخص إلى مساعدة في القيام بالأعمال المعيشية اليومية من خلال المساعدة الشخصية أو مرفق طبي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا في حالة الإجابة نعم، اشرح:
من المتوقع أن تستمر الإعاقة لمدة: <input type="checkbox"/> 30 يوماً أو أكثر <input type="checkbox"/> 12 شهراً أو أكثر	هل يعمل هذا الشخص أو لديه نفقات طبية تساعد في القيام بعمله؟ على سبيل المثال، كرسي بعجلات أو سنادات للقدمين وهكذا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح.
هل يحتاج هذا الشخص إلى رعاية بحيث يمكن لشخص آخر العمل أو حضور المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل هذا الشخص في مرفق طبي أو دور رعاية للمسنين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فما هو اسم المرفق الطبي أو دور المسنين؟
اسم الشخص	هل يحتاج هذا الشخص إلى مساعدة في القيام بالأعمال المعيشية اليومية من خلال المساعدة الشخصية أو مرفق طبي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا في حالة الإجابة نعم، اشرح:
من المتوقع أن تستمر الإعاقة لمدة: <input type="checkbox"/> 30 يوماً أو أكثر <input type="checkbox"/> 12 شهراً أو أكثر	هل يعمل هذا الشخص أو لديه نفقات طبية تساعد في القيام بعمله؟ على سبيل المثال، كرسي بعجلات أو سنادات للقدمين وهكذا <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح.
هل يحتاج هذا الشخص إلى رعاية بحيث يمكن لشخص آخر العمل أو حضور المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل هذا الشخص في مرفق طبي أو دور رعاية للمسنين؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة نعم، فما هو اسم المرفق الطبي أو دور المسنين؟



6k. هل هناك طفل أو شخص من ذوي الاحتياجات الخاصة في الأسرة يحتاج إلى رعاية من عضو آخر بالأسرة؟

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح. إذا كانت الإجابة بلا، انتقل إلى السؤال التالي.





6i. هل كل شخص يتراوح عمره من 6 إلى 18 مدرج في السؤال 6b يحضر المدرسة بانتظام؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى سرد اسم الطفل واسم المدرسة التي يرتادوها وعنوانها. وإذا كانت الإجابة لا، يُرجى شرح أسباب عدم ذهاب الطفل المدرسة بانتظام.

اسم الطفل	اسم المدرسة وعنوانها	سبب عدم الذهاب إلى المدرسة
اسم الطفل	اسم المدرسة وعنوانها	سبب عدم الذهاب إلى المدرسة



6m. الطلاب

هل يذهب أي شخص يتقدم للحصول على الإعانات إلى الكلية أو المدرسة المهنية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.



اسم الشخص	اسم المدرسة/التدريب	حالة التسجيل (حدد واحدًا)	هل يعمل؟
		<input type="checkbox"/> نصف الوقت أو أكثر <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت عدد الوحدات: _____	متوسط ساعات العمل في الأسبوع: _____
		<input type="checkbox"/> نصف الوقت أو أكثر <input type="checkbox"/> أقل من نصف الوقت عدد الوحدات: _____	متوسط ساعات العمل في الأسبوع: _____



6n. هل أي فرد مدرج في السؤال 6 أو 6b حامل أو صبي أو والد؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.



الاسم	هل هذا الشخص تحت سن 20؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل هذا الشخص والد صغير السن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	حالة المدرسة إذا كان تحت سن 20 <input type="checkbox"/> الشهادة الثانوية <input type="checkbox"/> لديه شهادة تطوير التعليم العام <input type="checkbox"/> هل يذهب للمدرسة بانتظام <input type="checkbox"/> هل يتغيب عن المدرسة بانتظام (اشرح السبب):	تاريخ الاستحقاق (إذا كان معلومًا) كم عدد الأطفال المتوقع وضعهم خلال فترة الحمل هذه؟
الاسم	هل هذا الشخص تحت سن 20؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل هذا الشخص والد صغير السن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	حالة المدرسة إذا كان تحت سن 20: <input type="checkbox"/> الشهادة الثانوية <input type="checkbox"/> لديه شهادة تطوير التعليم العام <input type="checkbox"/> هل يذهب للمدرسة بانتظام <input type="checkbox"/> هل يتغيب عن المدرسة بانتظام (اشرح السبب):	تاريخ الاستحقاق (إذا كان معلومًا) كم عدد الأطفال المتوقع وضعهم خلال فترة الحمل هذه؟



6o. هل أي حصل أي فرد على مكافئة أو عقوبة نقدية أو مساعدة برعاية الطفل أو المواصلات أو أي خدمة أخرى من برنامج Cal-Learn؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.

الاسم	أين (المقاطعة)	تاريخ (تواريخ) الاستلام



6p. هل كان أي شخص مدرج في السؤال 6 في دار الرعاية البديلة؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح.

الاسم:	متى:	الحالة:	هل يبلغ هذا الشخص 26 عامًا أو أصغر وهل كان في دار الرعاية البديلة في عيد الميلاد الثامن عشر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الاسم:	متى:	الحالة:	هل يبلغ هذا الشخص 26 عامًا أو أصغر وهل كان في دار الرعاية البديلة في عيد الميلاد الثامن عشر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

6q. هل هناك طفل مكفول يعيش في منزلك؟ نعم لا في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟

يُرجى إجابة الأسئلة التالية بشأن الأطفال المكفولين:

هل تم وضع هؤلاء الأطفال في منزلك بناء على أمر المحكمة؟
هل تريد حساب أطفال الرعاية البديلة ضمن برنامج CalFresh الخاص بك؟
إذا كانت الإجابة نعم، سيتم احتساب دخل الكفالة الذي تتسلمه كدخل غير مكتسب.
إذا كانت الإجابة لا، فلن يتم احتساب دخل الكفالة الذي تتسلمه كدخل غير مكتسب.

6r. هل يعيش أي فرد من المدرجين في السؤال 6 في كاليفورنيا ومن المتوقع أن يواصل العيش بها؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة لا، يُرجى الشرح.

6s. هل يخطط أي شخص من المدرجين في السؤال 6 مغادرة كاليفورنيا في فترة تتعدى 30 يوماً؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح.

الاسم	لم تخطط للمغادرة؟	هل يخطط هذا الشخص للعودة إلى كاليفورنيا؟
	نعم لا	نعم لا في حالة الإجابة بنعم، قل متى
الاسم	لم تخطط للمغادرة؟	هل يخطط هذا الشخص للعودة إلى كاليفورنيا؟
	نعم لا	نعم لا في حالة الإجابة بنعم، قل متى

7. الربح غير المكتسب

هل حصل أي فرد على ربح لم يكتسبه من العمل (غير مكتسب)؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

حدد جميع أنواع الأرباح غير المكتسبة من هذه الأمثلة (قد تكون هناك أنواع أخرى لم يتم إدراجها هنا)

إيرادات الفوائد والأرباح
إعانات الإضرابات
غير ذلك

دخل/إعانات تعليم المحاربين
تقاعد أو إعاقاة السكة الحديد/الحكومية
إعانات المحاربين أو معاش القوات المسلحة
المساعدات المالية (منح دراسية/قروض/بعثات)
منح مالية أو قروض أخرى
التأمين ضد البطالة/تأمين الإعاقة الخاص بالولاية (SDI)
تعويض العامل
صاف ربح الصيد/الزراعة
مكاسب المقامرة/البياتاصيب
المساعدة بالإيجار/الطعام/الملابس
التأمين/التسويات القانونية
التقاعد أو الإعاقة الخاصة

إعاقاة خاصة بالضمان الاجتماعي
SSI/SSP
المساعدة النقدية
CalWORKs/TANF/GA/GR/CAPI/RCA
الغرفة والطولة (من مستأجر)
المعاش
دعم الطفل/الزوج
استأجاري/ملكي
إعانات الناجين أو استحقاقات التقاعد في إطار
الضمان الاجتماعي
متوسط دفع الفرد
دراسة عملية/الرعاية أثناء العمل أو برنامج آخر
مبيعات السندات العقود و صكوك الائتمان وسند إذني

هل يتوقع الاستمرار؟ (حدد نعم أو لا)	ما مدى تكرار الاستلام؟ (مرة أو أسبوعياً أو شهرياً أو غير ذلك)	ما هو مقدار المبلغ؟	من أين؟	من الشخص الذي يحصل على المال؟
نعم لا				

إذا كان من المتوقع عدم استمرار هذا الدخل، يُرجى الشرح:

**8. الدخل المكتسب**

هل يحصل أي شخص على دخل من وظيفة (دخل مكتسب)؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.
ملاحظة: إذا كنت تعمل منفردًا، املأ السؤال 8a أدناه.

يُرجى إدراج إجمالي الدخل قبل الضرائب أو الاقتطاعات الأخرى (من إجمالي الدخل).

فيما يلي أمثلة على الدخل المكتسب (يمكن أن تكون هذه الأمثلة كاملة الوقت أو عمل موسمي مؤقت أو تدريب وقد تكون هناك أمثلة ليست مذكورة هنا):

رواتب العمولات إكراميات رواتب
تشمّل أي وظائف بأجر شرط أساسي تساعدك المقاطعة في الحصول عليها.
دراسة عملية (الطلاب) رواتب

الشخص العامل	اسم صاحب العمل وعنوانه	رقم هاتف صاحب العمل	معدلات الأجر في الساعة	متوسط ساعات العمل في الأسبوع	ما مدى تكرار الدفع؟ (مرة واحدة أسبوعيًا/ شهريًا، غير ذلك)	ما هو إجمالي الدخل المكتسب المستلم هذا الشهر؟	هل يتوقع الاستمرار؟ (حدد نعم أو لا)
			\$			\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			\$			\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			\$			\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			\$			\$	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

إذا كان من المتوقع عدم استمرار هذا الدخل، يُرجى الشرح:



هل فقد أي شخص عمله أو قام بتغييره أو ترك عمله أو قلل ساعات العمل خلال الستين يومًا الأخيرة؟ نعم لا
في السنة الأخيرة؟ نعم لا
هل تساعد المقاطعة الشخص في الحصول على وظيفة؟ نعم لا

في حالة الإجابة بنعم، قل من؟	تاريخ فقدان الوظيفة أو تركها أو تغييرها	تاريخ آخر راتب	ما هو السبب؟
هل أي فرد منضم إلى إضرابات؟	في حالة الإجابة بنعم، قل من؟	تاريخ إعلان الإضراب	ما هو السبب؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

**8a. العمل الفردي**

يمكن لأفراد الأسرة الذين يعملون لحسابهم تلقي نفقات العمل لحسابهم الفعلي (أو للبرنامج CalFresh أو المساعدة النقدية أو اقتطاع 40% من دخل العمل الفردي لحسابه). بالنسبة للمساعدة النقدية، يمكنك أيضًا اختيار استخدام متوسط شهري (تكاليف تجارية سنوية مقسمة على 12 شهرًا). في حال اختيار النفقات الفعلية، يتعين عليك إدراج نفقاتك التجارية في ورقة منفصلة.

العمل الفردي للشخص	اسم الشركة	نوع التجارة	تاريخ بدء التجارة	إجمالي الدخل الشهري	نفقات العمل الفردي (يُرجى تحديد واحد)	*صافي الدخل الشهري
				\$	<input type="checkbox"/> 40% للمعدل الموحد (CalFresh/الإعانة النقدية) <input type="checkbox"/> المصاريف الفعلية \$ _____ <input type="checkbox"/> المتوسط الشهري \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% للمعدل الموحد (CalFresh/الإعانة النقدية) <input type="checkbox"/> المصاريف الفعلية \$ _____ <input type="checkbox"/> المتوسط الشهري \$ _____	\$
				\$	<input type="checkbox"/> 40% للمعدل الموحد (CalFresh/الإعانة النقدية) <input type="checkbox"/> المصاريف الفعلية \$ _____ <input type="checkbox"/> المتوسط الشهري \$ _____	\$

* صافي الدخل الشهري عبارة عن إجمالي الدخل الشهري مطروح منه النفقات.

9. الدخل الآخر

هل يحصل أي فرد على مسكن أو إيجار أو مرفق أو طعام أو ملابس بشكل مجاني أم مقابل عمل؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.

العناصر المستلمة	مجاًناً	مقابل عمل	من الذي حصل على العنصر؟	القيمة	من الذي يعطي العنصر؟
الإسكان والتأجير	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
المرافق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
الطعام	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	
الملابس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	

10. الدخل السنوي

هل يتغير إجمالي دخل أي فرد (مكتسب وغير مكتسب وعمل فردي) من شهر إلى شهر؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.

اسم الشخص	ماذا سيكون إجمالي دخلهم هذا العام؟	كم سيبلغ مقدار إجمالي دخل الشخص في السنة القادمة (إذا كنت تعتقد أنه سيكون مختلفاً)؟
	\$	\$
	\$	\$

11. نفقات الرعاية للبالغين/الأطفال بالأسرة (المبلغ الفعلي للتكلفة المتكبدة في حال السماح باقتطاع النفقات بشكل محتمل).

أياهل يدفع أي فرد للحصول على رعاية طفل أو بالغ من ذوي الاحتياجات الخاصة أو غيرهم من المعالين لذا يمكنك أو يمكن لأي شخص آخر الذهاب للعمل أو المدرسة أو البحث عن وظيفة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.

من الذي يحصل على الرعاية؟	من الذي يقدم الرعاية؟ (اسم المقدم وعنوانه)	ما هو المبلغ المدفوع؟	ما مدى تكرار الدفع؟ (أسبوعي/شهري، غير ذلك)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

هل يساعدك أي فرد في أسرتك في دفع جميع التكاليف رعاية البالغين/الأطفال المذكورة أعلاه أو جزء منها؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكمل ما يلي.

من الذي يحصل على الرعاية؟	من يساعدك في الدفع؟	ما هو المبلغ المدفوع؟	ما مدى تكرار الدفع؟ (أسبوعي/شهري، غير ذلك)
		\$	
		\$	

12. مدفوعات إعالة الطفل

هل يلزم أي فرد مدرج أعلاه في السؤال 6 بشكل قانوني دفع نفقة إعالة الطفل بما في ذلك أي نفقة إعالة للطفل بأثر رجعي؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.

من يدفع نفقة إعالة الطفل؟	اسم الاطفال الذين يتم دفع نفقة إعالة الطفل لهم:	ما هو المبلغ المدفوع؟	ما مدى التكرار؟ (أسبوعي/شهري، غير ذلك)
		\$	
		\$	

13. نفقة الزوجة/نفقة الزوجة المطلقة

هل يلزم أي فرد مدرج في السؤال 6 بشكل قانوني دفع نفقة الزوجة/نفقة الزوجة المطلقة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على الأسئلة أدناه.
إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.

من الذي يدفع نفقة الزوجة/نفقة الزوجة المطلقة؟	ما هو المبلغ المدفوع؟	ما مدى التكرار؟ (أسبوعي نصف شهري/شهري، غير ذلك)
	\$	
	\$	

14. نفقات الاحتياجات الخاصة

هل لدى أي فرد حالة طبية خاصة تتطلب أي مما يلي؟

نظام غذائي خاص موصوف من جانب الطبيب؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	الاحتياجات الأخرى الخاصة؟ (يرجى التحديد)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هاتف خاصة أو معدات أخرى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
عمل منزلي (لا يوجد أحد بالمنزل يمكنه القيام به)؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	يُرجى إدراج اسم الشخص ذي الحاجة الخاصة وشرح:	
استخدام مكثف للمرافق؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
خدمة الغسيل الخاصة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

15. نفقات الأسرة

هل يشترى أي فرد الطعام ويقوم بإعداده مع الحصول على فاتورة بنفقات الأسرة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة لا، فانقل إلى السؤال التالي.
ملاحظة: لا توجد مبالغ إدخال مدفوعة من خلال خدمات الإسكان مثل الإسكان والتنمية الحضرية أو القسم 8. ويُعد التسخين والهاتف والأدوات الأخرى وملاجئ المشردين إعانات. وليس من الضروري إضافة معلومات حول المبلغ الفعلي المستحق.

نوع النفقات	هل لديك نفقات؟	من يقوم بالدفع؟	المبلغ المستحق	ما مدى التكرار الفوترة؟ (شهريًا/أسبوعيًا)
قسط الإيجار أو المنزل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$	
الضرائب العقارية والتأمينات (إذا تم دفعها منفصلة عن الإيجار والرهن)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		\$	
الغاز أو الكهرباء أو أنواع الوقود الأخرى المستخدمة للتسخين أو التبريد مثل خشب الوقود أو توربين (إذا كان منفصلاً عن الإيجار أو الرهن)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
الهاتف/الهاتف الخليوي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
نفقة ملاجئ المشردين	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
المياه، الصرف، القمامة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل يساعدك أي فرد ليس من أسرتك في دفع النفقات المذكورة أعلاه؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	من يساعدك في الدفع؟	ما هو مقدار المبلغ؟	ما مدى تكرار الدفع؟
			\$	

هل حصلت أسرتك أو من المتوقع أن تحصل على أي دفعات من إعانة ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (LIHEAP)؟ نعم لا



هل أنت أو أي شخص تقوم معه بشراء الطعام أو تحضيره مسن (60 عاماً أو أكبر) أو من ذوي الاحتياجات الخاصة تدفع نفقات طبية نثرية؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال.
إذا كانت الإجابة بلا، فتخط السؤال التالي.

ملاحظة: لا تدرج الأزواج أو الأطفال الذين يتلقون مدفوعات مستقلة لدخل الضمان التكميلي أو متلقي نفقات العجز أو العمى.
قم بإدراج النفقات التي تتوقع تلقيها في المستقبل القريب.

النفقات الطبية المسموح بها هي:

- الرعاية الطبية أو الرعاية المتعلقة بالأسنان
- أقساط الرعاية الصحية (الحصة التكاليف الطبية وهكذا)
- الإيدخال إلى المستشفى/العلاج
- الأسنان الصناعية والوسائل السمعية المساعدة والأجهزة التعويضية
- بالعيادات الخارجية/الرعاية التمرضية
- العلاجات الموصوفة
- ضرورة حجز مقيم نظراً للسن أو المرض أو العجز
- أقساط سياسة التأمين الخاصة بالصحة
- عدد الوجبات المقدمة إلى المقيم وتكلفتها
- الإندخال إلى المستشفى
- نفقات الانتقال (الأميال أو الرسوم) والسكن للحصول على العلاج الطبي أو الخدمات الطبية
- نظارات العيون الموصوفة والعدسات اللاصقة
- الإمدادات والمعدات الطبية الموصوفة
- نفقات حيوانات الخدمة (الطعام والفواتير البيطرية وهكذا)
- الأدوية بلا وصفة طبية

اسم المسن/الشخص ذو الاحتياجات الخاصة	مقدار النفقات	ما مدى تكرار الدفع؟ (شهري، أسبوعي، غير ذلك)	ما هو نوع التكلفة؟ (الوصفات الطبية، الأسنان الصناعية، وعدد الوجبات للمقيم وهكذا)	هل سيتم تعويض الأسرة عن أي نفقات طبية؟ (من خلال Medi-Cal، تأمين، فرد من أفراد الأسرة وهكذا)
	\$			إذا كانت الإجابة بنعم، فمن خلال من: الكمية: \$
	\$			إذا كانت الإجابة بنعم، فمن خلال من: الكمية: \$

17. النفقات الأخرى القابلة للخصم من الضرائب



في حالة دفع أي شخص أي نفقات يمكن خصمها من عائد ضرائب الدخل الفيدرالية، فإن إخبارنا بها قد يخفض من تكلفة التأمين الصحي قليلاً. لا تدرج أي شيء قمت بإدراجه بالفعل في نفقات العمل الفردي. إذا كان لديك نفقات أخرى قابلة للخصم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة بلا، انتقل إلى السؤال التالي.

نوع النفقات	هل لديك نفقات؟	من يقوم بالدفع؟	ما مدى تكرار الدفع؟ (أسبوعي/شهري)
نفقة الزوجة المطلقة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
فائدة قرض الطالب	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
غير ذلك من الخصوم (يرجى التحديد)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

18. هل يحصل أي شخص في السؤال رقم 6 على الطعام من أي مما يلي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

مرفق تناول الطعام المشترك للمسنين/ذوي الاحتياجات الخاصة	برنامج توزيع الغذاء المدار من قبل منظمة الأمريكيين الخالص	برنامج غذائي آخر
في حالة الإجابة بنعم، قل من؟	ما هو البرنامج؟	
في حالة الإجابة بنعم، قل من؟	ما هو البرنامج؟	

19. هل يعيش أي شخص في السؤال رقم 6 في أي مما يلي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

- ملجأ للمشردين
- ملجأ للنساء المنهكات
- منطقة للأمريكيين الخالص
- مركز إعادة التأهيل للمخدرات/الكحول
- إصلاحية/مؤسسة تأديبية (السجن)
- ترتيب المعيشة الجماعية للأكفاء/ذوي الاحتياجات الخاصة
- السكن المدعوم فدرالياً
- مستشفى نفسية/مؤسسة نفسية
- مستشفى
- رعاية أو طويلة الأجل أو الحجز مع مرفق الرعاية

اسم الشخص	اسم المؤسسة (المركز، الملجأ، المرفق وهكذا)	تاريخ الإصدار المتوقع (إذا كان ذلك منطبقاً)

20. هل يحصل أي شخص على خدمات داعمة بالمنزل (IHSS)؟ نعم لا في حالة الإجابة بلا، فاملأ المعلومات أدناه.

من يحصل على الخدمات؟	كم تدفع كل شهر مقابل الخدمات؟
	\$

21. هل جميع المدرجين في السؤال رقم 6 يشترتون ويعدون الطعام معك؟ نعم لا في حالة الإجابة بلا، قم بإدراج من لا يشترتون الطعام ويقومون بإعداده معك.

الاسم	الاسم
الاسم	الاسم

21a. هل هناك شخص يعيش معك يبلغ عمره 60 عامًا أو أكبر وغير قادر على شراء الأطعمة وتحضير الوجبات بشكل منفصل نظرًا لاحتياجاته الخاصة؟ نعم لا في حالة الإجابة بنعم،

22. أجب على هذه الأسئلة لأي شخص يرغب في التغطية الصحية. هل هناك أي شخص مسجل في التغطية الصحية الآن مما يلي؟ نعم لا في حالة الإجابة بنعم، تحقق من نوع التغطية واكتب اسم الشخص بجانب التغطية الخاصة به.

تأمين أصحاب الأعمال	Medicaid/Medi-Cal
اسم التأمين الصحي	CHIP
رقم السياسة:	Medicare
هل هذه تغطية كوبرا (قانون المصالحة الميزانية الجامع الموحد)؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	TRICARE (لا تتحقق إذا كان لديك رعاية مباشرة أو سلسلة من المهام)
هل هذه خطة صحية للمتقاعدين؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	برامج الرعاية الصحية لإدارة المحاربين القدامى
هل هذه خطة مزايا لموظفي الولاية؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	فرق السلام
غير ذلك	
اسم التأمين الصحي	
رقم السياسة:	
هل هذه الخطة تعد خطة محدودة المزايا مثل سياسة حوادث المدارس؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	

22a. هل تم تقديم تغطية رعاية صحية لأي شخص مدرج في طلب التقديم هذا من العمل؟ نعم لا في حالة الإجابة بنعم، فستحتاج إلى إكمال الملحق أ وتضمينه.

22b. هل من المتوقع انتهاء التأمين الصحي لشخص ما أو انتهاءه بالفعل في الـ 90 يومًا السابقة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

شركة التأمين	الشخص المؤمن عليه	تاريخ انتهاء الصلاحية	سبب الانتهاء أو السبب الذي سيتم من أجله الانتهاء

22c. هل يرغب أي شخص في المساعدة فيما يتعلق بالفواتير الطبية للأشهر الثلاثة الأخيرة؟ نعم لا في حالة الإجابة بنعم، من:

23. هل هناك أي شخص مدرج في السؤال 6 يخطط لعمل إقرار بالضرائب الفيدرالية على الدخل في العام التالي؟ نعم لا في حالة الإجابة بنعم، أكمل الأسئلة أدناه لكل مقدم لإقرار الضرائب. في حالة الإجابة بلا، فتخط إلى 23e.

23a. يرجى إكمال هذا القسم لكل شخص يخطط لتقديم إقرار بالضرائب الفيدرالية على الدخل للعام التالي إذا أجبت بنعم على السؤال رقم 23. يمكنك التقدم للحصول على التأمين الصحي حتى في حالة عدم تقديم إقرار بالضرائب الفيدرالية على الدخل.

23b. اسم الشخص المخطط لتقديم إقرار بالضرائب الفيدرالية على الدخل:

23c. هل سيقوم هذا الشخص بالتقديم بشكل مشترك مع الزوجة؟ نعم لا في حالة الإجابة بنعم، اسم الزوجة:

23d. هل سيقوم هذا الشخص بادعاء وجود أي تابعين في إقرار الضرائب هذا؟ نعم لا في حالة الإجابة بنعم، فيرجى إدراج اسم مقدم الإقرار المدعي لذلك:

23e. ما هي درجة القرابة للشخص المقدم للإقرار المدعي لذلك:

23f. لتسهيل تحديد أهليتي لدفع التغطية الصحية في السنوات التالية. أوافق على السماح لك باستخدام بيانات الدخل، بما في ذلك المعلومات من الإقرارات الضريبية. سوف ترسل إلى إشعارًا، يسمح لي بإجراء أي تغييرات، ويمكنني الانسحاب في أي وقت. نعم، جدد أهليتي تلقائيًا لعدد السنوات التالي (يرجى تحديد واحد): 5 سنوات 4 سنوات 3 سنوات 2 سنوات 1 سنوات لا، لا تستخدم المعلومات من الإقرارات الضريبية لتجديد تغطيتي.

24. موارد الأسرة

هل يمتلك أي فرد موارد (نقد وأموال في البنك وشهادة إيداع وأسهم وسندات وهكذا)؟
 نعم لا إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.
 اختياري للرعاية الصحية؛ جاب فقط إذا كان المتقدم يبلغ من العمر 65 أو أكثر أو كان من ذوي الاحتياجات الخاصة. وفي حال التقدم للحصول على مساعدة نقدية وإعانات CalFresh لكربونات الطعام، يتعين عليك إجابة السؤال.

حدد كل سيولة مدرجة أدناه تملكها أو يملكها أي فرد في أسرتك:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> حساب اتحاد انتماني/بنكي (جاري) | <input type="checkbox"/> حساب (حسابات) سوق المال | <input type="checkbox"/> الأسهم |
| <input type="checkbox"/> حساب اتحاد انتماني/بنكي (مدخرات) | <input type="checkbox"/> الصناديق الاستثمارية/صناديق الاستثمار المشترك | <input type="checkbox"/> السندات |
| <input type="checkbox"/> صندوق حديدي لحفظ الودائع | <input type="checkbox"/> شهادة إيداع (CD)/حساب تقاعد فردي | <input type="checkbox"/> الشيكات غير النقدية |
| <input type="checkbox"/> سندات توفيرية | <input type="checkbox"/> النقد الحاضر | <input type="checkbox"/> التأمين على الحياة |
| <input type="checkbox"/> حقوق ملكية النفط والتعدين والمعادن | <input type="checkbox"/> السندات والرهونات وصكوك الائتمان | <input type="checkbox"/> غير ذلك: |

إذا كان لديك حسابًا مشتركًا مع شخص آخر، يُرجى ذكر ذلك أدناه.

بالنسبة لكل مربع تم تحديده أعلاه، أكمل المعلومات التالية.

من الذي تم إدراج السيولة باسمه؟	نوع السيولة	كم يبلغ قدرها؟	أين هذه السيولة؟ (تضمن اسم البنك أو الشركة الذي يوجد المال به)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

هل قمت أو قام أي فرد من أسرتك ببيع أو تداول أو ترك أو تحويل سيولة في آخر ثلاثين (30) شهرًا؟ نعم لا

متى؟	ماذا كانت الموارد؟	ماذا كانت تساوي؟	كم دفعت؟
		\$	\$

إذا قمت بتداول الموارد أو التصرف فيها، فيُرجى الشرح:

اختياري للرعاية الصحية؛ جاب فقط إذا كان المتقدم يبلغ من العمر 65 أو أكثر أو كان من ذوي الاحتياجات الخاصة.

25. الملكية الشخصية

هل يمتلك أي فرد أي ملكية شخصية أو متعلقة بالتجارة؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى الإجابة على هذا السؤال. إذا كانت الإجابة لا، فانتقل إلى السؤال التالي.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> الأدوات | <input type="checkbox"/> معدات رياضية وبنادق |
| <input type="checkbox"/> المخزون التجاري | <input type="checkbox"/> قوارب بدون محركات و/أو مقطورات |
| <input type="checkbox"/> مواشي | <input type="checkbox"/> كامبر شيلز (Camper shells) |
| <input type="checkbox"/> معدات تجارية | <input type="checkbox"/> أدوات شخصية |
| | <input type="checkbox"/> المجوهرات والأعمال الفنية والتحف والتشكيلات والأدوات الموسيقية (البيانو والأورج وغيرهما) |

يُرجى تضمين البند حتى إذا كان مملوكًا بشكل مشترك مع شخص آخر. تجنب تضمين خواتم الخطوبة وحفلات الزفاف وموروثات العائلة وهكذا
 قم بإدراج المجوهرات الأخرى التي تبلغ \$ 100 أو أكثر وبضائع الأسرة والأشياء الشخصية التي تبلغ أكثر من \$ 500 لكل عنصر.

العنصر	هل تم إدراجها للبيع؟	سعر الشراء أو القيمة الحالية	المبالغ المستحقة
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$	\$
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$	\$
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$	\$
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$	\$
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$	\$
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$	\$
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$	\$
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$	\$
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$	\$

26. اختياري للرعاية الصحية؛ جاب فقط إذا كان المتقدم يبلغ من العمر 65 أو أكثر أو كان من ذوي الاحتياجات الخاصة. إذا كنت متقدماً للحصول على المساعدة النقدية (Cash Aid)، يجب أن تجيب على السؤال.

المركبات
هل أي من المتقدمين يملك أو يستخدم أو مدرج اسمه في تسجيل أي مركبة مثل سيارة أو دراجة نارية أو عربة تزلج أو مركبة ترفيهية (RV) أو زورق أو ما إلى ذلك، حتى لو لم يكن قيد التشغيل؟ نعم لا

المركبة (3)	المركبة (2)	المركبة (1)	
			مالك المركبة
			اسم مستخدم المركبة
			عام الصنع/ بلد الصنع/ الموديل
			رقم لوحة الترخيص
هل كانت السيارة هدية أو تبرع أو انتقلت إليكم من أحد أفراد العائلة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة نعم، ضع علامة على المربع المناسب هدية <input type="checkbox"/> تبرع <input type="checkbox"/> انتقلت من أحد أفراد العائلة <input type="checkbox"/>	هل كانت الإجابة نعم، ضع علامة على المربع المناسب هدية <input type="checkbox"/> تبرع <input type="checkbox"/> انتقلت من أحد أفراد العائلة <input type="checkbox"/>	هل كانت الإجابة نعم، ضع علامة على المربع المناسب هدية <input type="checkbox"/> تبرع <input type="checkbox"/> انتقلت من أحد أفراد العائلة <input type="checkbox"/>	القيمة التقديرية
\$	\$	\$	ما هو المبلغ الذي لا تزال تدين به للمركبة؟
\$	\$	\$	هل قيمة التسجيل مدفوعة حالياً؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل تقوم أنت أو أي شخص آخر بتأجير المركبة؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل تستخدم المركبة؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	بمثابة منزلاً؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	للذهاب للعمل أو التدريب أو البحث عن عمل؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	للعمل الحر أو الدعم الذاتي أو للأعمال التجارية؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	لنقل أحد أفراد أسرتك يعاني من إعاقة؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	للحصول على الوقود أو المياه لأسرتك؟
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	للترفية فقط؟

27. هل يملك أي فرد من المذكورين في السؤال 6 منزلاً أو قاموا بشراء منزلاً أو أرضاً أو ملكية في أي مكان بما في ذلك أي ولاية أو مقاطعة أخرى؟ نعم لا كانت الإجابة نعم، يرجى توضيح ذلك.

اختياري للرعاية الصحية؛ جاب فقط إذا كان المتقدم يبلغ من العمر 65 أو أكثر أو كان من ذوي الاحتياجات الخاصة.

من يملك أو يشتري منزلاً/ ملكية؟	عنوان المنزل أو الملكية؟	هل يستأجر أحدًا هذا المنزل من المالك؟	ما هي قيمة الإيجار الذي يحصل عليه المالك؟	لا يعيش فيه الآن ولكن يتوقع المالك أن ينتقل إليه يوماً ما؟
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	\$	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
		نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	\$	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

28. برنامج التحويل (Diversion Program)

هل تلقى أي فرد خدمات التحويل النقدية أو غير النقدية من أي مقاطعة أو ولاية أخرى؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إجابة السؤال. إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى السؤال التالي.

الاسم	المقاطعة/ الولاية التي يتلقى منها	المبلغ المستلم	قائمة الخدمات المستلمة	القيمة التقديرية للخدمات	تاريخ آخر استلام
		\$		\$	



29. إعانات متكررة

أياهل تم إيدانتك أنت أو أي من أفراد أسرته في الحصول بشكل احتيالي على إعانات برنامج المعونة الغذائية التكميلية بشكل متكرر (الاسم الفيدرالي لبرنامج المعونة الغذائية) في أي ولاية بعد 22 سبتمبر 1996؟ نعم لا

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟



30. إعانات مكافحة الاتجار بالبشر

هل تمت إيدانتك أنت أو أي من أفراد أسرته في الحصول على إعانات المعونة الغذائية التكميلية لمكافحة الاتجار بالبشر (مما يسمح باستخدام أو بيع بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات إلى الآخرين) بما يبلغ \$ 500 أو أكثر بعد 22 سبتمبر 1996؟ نعم لا

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟



31. الإعانات التجارية للحصول على الأدوية

هل تمت إيدانتك أنت أو أي من أفراد أسرته بالإتجار بإعانات المعونة الغذائية التكميلية للأدوية بعد 22 سبتمبر 1996؟ نعم لا

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟



32. الإعانات التجارية للحصول على الأسلحة النارية أو المتفجرات

هل تمت إيدانتك أنت أو أي من أفراد أسرته بالإتجار بإعانات المعونة الغذائية التكميلية للحصول على الأسلحة أو النخيرة أو المتفجرات بعد 22 سبتمبر 1996؟ نعم لا

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟



33. الاحتيال

هل تم إيقاف أي مساعدات نقدية لك أو لأي فرد في عائلتك من تلقي الإعانة بسبب كونه مداناً في اختلاس مخصصات الرعاية الاجتماعية؟ في حالة الإجابة نعم، قل من؟ نعم لا

في حالة الإجابة نعم، قل من؟ متى؟

أين؟



34. عدم التعاون/العقوبات

هل تم إيقافك أنت أو أي من أفراد عائلتك من تلقي المساعدة المالية بسبب فشله في تلبية متطلبات الأهلية وعقوبات العمل/التدريب أو أي سبب آخر؟ نعم لا

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟ متى؟

أين؟ لماذا؟



35. الشعور بالإجرام

هل تتخفى أو تهرب أنت أو أي من أعضاء أسرته من القانون لتجنب المقاضاة أو إلقاء القبض عليك أو الذهاب إلى السجن بسبب ارتكاب جريمة جنائية أو محاولة ارتكاب جريمة جنائية؟ نعم لا

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟



36. انتهاك شروط إطلاق السراح مع المراقبة/ إطلاق السراح

هل تمت إيدانتك أنت أو أي من أفراد عائلتك في انتهاك شروط إطلاق السراح مع المراقبة/ إطلاق السراح؟ نعم لا

في حال كانت الإجابة نعم، قل من؟



37. جرائم المخدرات

أياهل تمت إيدانتك أنت أو أي من أسرته في حيازة أو استخدام أو توزيع مواد تحت المراقبة (عقاقير غير قانونية أوز عقاقير معينة لا تُصرب إلا بأمر الطبيب) بعد 22 أغسطس 1996؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، وكان الاتهام بالحيازة فهل قمت أو قام أي أحد من أفراد أسرته (أو سيقوم) بأي مما يلي (CalFresh فقط):

(a) إكمال برنامج العلاج بالعقاقير المعترف به من الحكومة؟ نعم لا

(b) المشاركة في برنامج العلاج بالعقاقير المعترف به من الحكومة؟ نعم لا

(c) التسجيل في برنامج العلاج بالعقاقير المعترف به من الحكومة؟ نعم لا

(d) تم وضعك على قائمة انتظار لبرنامج العلاج بالعقاقير المعترف به من الحكومة؟ نعم لا

(e) إيقاف استعمال المواد الخاضعة للرقابة وتقديم دليل على امتناعك عنها؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى الشرح:



38. الاحتياجات الخاصة الأخرى

هل تريد الأسرة التقدم للحصول على دفعة للاحتياجات الخاصة للإسكان أو لتعويض ممتلكات الأسرة الضرورية التي فقدت بسبب ظروف غير طبيعية و/أو مفاجئة مثل الحريق أو الزلزال أو الفيضان؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى الشرح:



39. الخدمات الأخرى

الخدمات الأخرى متوفرة. لن تؤثر إجاباتك على الأسئلة على أهليتك.

A. تتوفر الفحوصات المنتظمة لحماية صحة عائلتك عند الطلب من خلال برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة (CHDP) للأعضاء المؤهلين من عائلتك تحت سن 21.

- هل تريد المزيد من المعلومات بشأن خدمات برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة؟ نعم لا
هل تريد الحصول على الخدمات الطبية لبرنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة؟ نعم لا
هل تريد الحصول على الخدمات المتعلقة بالأسنان لبرنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة؟ نعم لا
هل تحتاج إلى مساعدة في إعداد تعيين أو نقل إلى خدمات برنامج صحة الطفل والوقاية من الإعاقة؟ نعم لا

B. هل تريد المزيد من المعلومات بشأن خدمات التحصين؟ نعم لا

C. إذا كنت حاملاً، يمكنك المساعدة في العثور على طبيب والحصول على الأغذية الصحية ومساعدات أخرى. هل تريد التحدث إلى شخص ما بشأن هذه المساعدة؟ نعم لا

D. هل ترضعين طفلاً؟
إذا كانت الإجابة نعم، هل وضعت طفلاً خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟
وفي حال تحديد نعم في 39 لـ ج أو د، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات المقدمة من خلال برنامج التغذية التكميلية الخاصة للنساء والرضع والأطفال. نعم لا

E. هل تريد أنت أو أحد من أسرتك خدمات تخطيط أسرة مجانية أو منخفضة التكلفة للمساعدة في طريقة منع الحمل غير المرغوب فيه و/أو الطفل التالي؟
إذا كانت الإجابة نعم، اتصل بالطبيب المنتظم أو طبيب خطة الرعاية الصحية. أو بالنسبة للحفائق وموقع عيادات التخطيط العائلي السرية، اتصل على 1-800-942-1054 مجاناً. نعم لا

مساحة إضافية للكتابة

لا تكمل - استخدم المقاطعة فقط

IF THE ANSWER IS “YES” TO ANY OF THE QUESTIONS BELOW - EXPEDITE

Is the household's gross income less than \$150 and is the total of cash on hand, checking and savings accounts \$100 or less?

Yes No

Is the household's combined gross income and liquid resources less than the combined rent/mortgage and appropriate utility allowance?

Yes No

Is the household a destitute migrant/seasonal farm worker household with liquid resources not exceeding \$100?

Yes No

Does the CalWORKs Assistance Unit have a pay-or-quit or other eviction notice?

Yes No

تحتاج لا إلى الإجابة على هذه الأسئلة إلا إذا كان شخص ما في المنزل مؤهل للحصول على التغطية الصحية من وظيفة يعمل بها. إذا كان هناك أكثر من شخص واحد يحصل على التغطية الصحية من أصحاب عمل مختلفين، يمكنك نسخ هذه الصفحة واستخدامها للشخص الثاني (أو نسخها بالعدد الذي تريد). أولاً، أخبرنا عن (صاحب العمل) في الوظيفة الذي يقدم التغطية.

1. اسم الموظف (الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة)	2. رقم الضمان الاجتماعي للموظف
3. اسم صاحب العمل	4. رقم تعريف صاحب العمل
5. عنوان صاحب العمل	6. رقم هاتف صاحب العمل
7. المدينة	8. الولاية
9. الرمز البريدي	

10. من هو الشخص الذي تستطيع الاتصال به للحصول على التفاصيل حول التغطية الصحية للموظف في هذه الوظيفة؟

11. رقم الهاتف (إذا كان مختلفاً عن رقم صاحب العمل)	12. البريد الإلكتروني لصاحب العمل (ممثل صاحب العمل)
--	---

13. هل أنت مؤهل حالياً للتغطية التي يوفرها صاحب العمل، أم هل ستصبح مؤهلاً في الأشهر الثلاثة القادمة؟

☞ إذا كانت الإجابة بلا (لا تكمل هذا القسم من الطلب)، إذا كانت الإجابة

☞ بنعم (استمر)

13a. إذا كنت في فترة انتظار أو تحت الاختبار، متى ستنتضم للتغطية؟

(الشهر/اليوم/السنة)

ضع قائمة باسم أي شخص آخر مؤهل أو سيصبح مؤهلاً للتغطية في هذه الوظيفة؟

الاسم: _____ الاسم: _____ الاسم: _____

أخبرنا عن الخطة الصحية التي يقدمها صاحب هذا العمل؟

14. هل يقدم صاحب العمل خطة صحية تحقق الحد الأدنى من المعايير* ☞ نعم ☞ لا

14a. هل هذه خطة الولاية لاستحقاقات الموظف؟ ☞ نعم ☞ لا

15. من أجل خطة بأقل التكاليف تلبّي الحد الأدنى من المعايير المقدمة فقط للموظف. (لا تضيف خطط العائلة): إذا كان لدى صاحب العمل برامج صحية، فيرجى تزويدنا بالقسط الذي سيدفعه الموظف إذا تلقى أكبر نسبة من الخصم لأي برامج إقلاع عن استخدام التبغ (التي تساعد الموظف على الإقلاع عن التدخين) ولم يتلق أي خصومات أخرى قائمة على البرامج الصحية.

a. ما هو المبلغ الذي على الموظف أن يدفعه لأقساط هذه الخطة؟ \$ _____

b. كم مرة؟ ☞ أسبوعياً ☞ أسبوعين ☞ مرتان في الشهر ☞ شهرياً ☞ كل ثلاثة ☞ سنوياً

☞ لا يقدم صاحب العمل برامج صحية.

16. ما هو التغيير الذي على صاحب العمل القيام به على خطة العام الجديد (إذا كان ذلك معروفاً)؟

☞ لم يعد يوفر صاحب العمل تغطية صحية.

☞ سيبدأ صاحب العمل في تقديم تغطية صحية للموظفين أو تغيير قسط للخطة الأقل تكلفة المتوفرة فقط للموظف أن يلبّي الحد الأدنى للمعايير.

a. كم على الموظف أن يدفع كأقساط لهذه الخطة؟ \$ _____

b. كم مرة؟ ☞ أسبوعياً ☞ أسبوعين ☞ مرتان في الشهر ☞ شهرياً ☞ كل ثلاثة ☞ سنوياً

c. تاريخ التغيير (الشهر/اليوم/السنة)

☞ لا يتوقع أن تكون هناك أية تغييرات.

*خطة الصحة التي يربعاها أصحاب العمل تحقق "الحد الأدنى للمعايير" إذا كانت حصة الخطة من إجمالي تكاليف الفائدة المسموح بها التي تغطيها الخطة ليس أقل من 60 في المائة من هذه التكاليف (Section 36B(c)(2)(C)(ii))

من قانون الإيرادات الداخلية من أكمل هذا القسم إذا كنت أنت أو أحد أفراد الأسرة (الزوج أو الزوجة و/أو المعالين) هم من الهنود الأمريكيين أو ألاسكا الأمريكية. قدم هذا مع الطلب.

اخبرنا عن نفسك أو عن فرد العائلة الهندي الأمريكي أو ألاسكا الأصلي.

يمكن للهنود الأمريكيين وسكان ألاسكا الأصليين الحصول على الخدمات من خدمات الصحة الهندية أو برامج الصحة القبلية أو برامج الصحة الهندية الحضرية. ربما لا يجب عليهم دفع مساهمة من التكلفة وربما يحصلون على فترات انضمام شهرية خاصة. قم بالإجابة على الأسئلة التالية للتأكد من أن عائلتك تحصل على أكبر قدر ممكن من المساعدة. إذا كان لديك أكثر من شخصين لتخبرنا علام، قم بعمل نسخة من هذه الصفحة وأرفقها. تستطيع استخدام ورقة منفصلة. تذكر فقط أن تكتب رقم السؤال مقابل إجابتك.

الشخص الهندي الأمريكي/ألاسكا الأصلي 1	الشخص الهندي الأمريكي/ألاسكا الأصلي 2
1. الاسم (الاسم الأول، الاسم الأوسط، الاسم الأخير)	الأول الوسط الأخير
2. عضو في قبيلة معترف بها فدراليا؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كان الجواب نعم، فما هو اسم القبيلة؟ _____
3. هل سبق وان حصل هذا الشخص في أي وقت مضى على خدمة من خدمات الصحة الهندية، أو برنامج الصحة القبلية، أو من خلال التحويل من واحد من هذه البرامج؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة بلا، هل هذا الشخص مؤهل للحصول على الخدمات من خدمات الصحة الهندية، أو برنامج الصحة القبلية، أو برامج الصحة الهندية الحضرية أو عن طريق التحويل من واحد من هذه البرامج؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
4. قد لا يتم احتساب بعض المال لمساعدة طبية أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (CHIP). ضع قائمة بأي دخل (القيمة وعدد المرات) ورد ذكره في طلبك والذي يتضمن مالا من هذه المصادر: لكل مدفوعات فرد من قبيلة تأتي من الموارد الطبيعية، أو حقوق الاستخدام أو عقود الإيجار، أو الإتاوات المدفوعات من الموارد الطبيعية، أو الزراعة، أو تربية الماشية، أو صيد الأسماك، أو عقود الإيجار أو الإتاوات من الأراضي المخصصة للهنود من قبل وزارة الداخلية (بما في ذلك الأراضي المفردة للاستخدام الخاص أو الأراضي المفردة للاستخدام الخاص سابقا) المال من بيع الأشياء التي لها أهمية ثقافية	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> - إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تعبئة المعلومات أدناه: لا شيء <input type="checkbox"/> \$ _____ كم مرة؟ (يومية، أسبوعيا، مرة كل أسبوعين، شهريا، سنويا، الخ) _____

إذا كنت تريد تحويل شخص من تمثيلك في جزء التأمين الصحي من هذا الطلب، الرجاء الإجابة على الأسئلة في هذه الصفحة. إذا قمت قانونياً بتحويل ممثل عنك في هذا الطلب، قدم دليلاً مع الطلب.

1. اسم الممثل المخول (الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة)

2. العنوان

3. رقم الشقة أو الجناح

4. المدينة

5. الولاية

6. الرمز البريدي

7. رقم الهاتف

()

8. اسم المؤسسة (إن وجدت)

9. رقم الهوية الرقم (إن وجد)

بالتوقيع هنا تكون قد سمحت لهذا الشخص للحصول على معلومات رسمية حول الجزء الخاص بالتأمين الصحي من هذا الطلب والتصرف نيابة عنك في جميع القضايا في التغطية في كاليفورنيا أو وكالة الخدمات الإنسانية في مقاطعتك. نود تذكيرك بالآلا يمكنك دائما تغيير ممثلك المخول بالاتصال بالمقاطعة أو الذهاب إلى شبكة الإنترنت في www.HealthCare.gov.

10. توقيعك

11. التاريخ

للمستشارين القانونيين للطلبات، الملاحين والوكلاء والوسطاء فقط.

قم بتعبئة هذا القسم إذا كنت مستشاراً قانونياً للطلبات، أو ملاحاً، أو وكيلًا، أو وسيطاً لتعبئة هذا الطلب لشخص آخر.

1. تاريخ بداية الطلب (الشهر/اليوم/السنة)

2. الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة

3. اسم المؤسسة

4. رقم الهوية (إن وجد)